

# FORMULIR ASSESSMENT KLIEN SENIOR

## PENILAIAN KUALITAS KESEHATAN

Tanggal: \_\_\_\_\_

Nama Assessor: \_\_\_\_\_

INFORMASI PRIBADI			
Nama		Jenis Kelamin	
Tanggal Lahir		Usia	
Telepon		Email	

1. PENGUKURAN TUBUH (ANTROPOMETRI)	
Tinggi Badan (cm)	
Berat Badan (kg)	
Indeks Massa Tubuh	
% Lemak Tubuh	
Detak Jantung Istirahat	

Catatan penting tentang klien:

.....

.....

.....

.....

## 2. KUESIONER KESIAPAN AKTIVITAS FISIK

### PHYSICAL ACTIVITY READINESS QUESTIONNAIRE (PAR-Q)

Kuesioner ini mohon dibaca dengan seksama dan centang di YA atau TIDAK untuk tiap pertanyaan yang berkenaan dengan keadaan Anda. Bila ada pilihan YA, harap dijelaskan dengan lengkap untuk memastikan apakah Anda membutuhkan konsultasi atau pengawasan dokter sebelum memulai aktif berolahraga atau tidak.

**YA**    **TIDAK**

- \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    1. Pernahkah dokter menyatakan bahwa Anda memiliki masalah jantung?  
Ya, \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    2. Apakah Anda pernah merasa nyeri pada bagian dada saat istirahat maupun beraktivitas?  
Ya, \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    3. Apakah Anda pernah hilang keseimbangan karena pusing atau pingsan dalam 12 bulan terakhir ini?  
Ya, \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    4. Apakah Anda pernah didiagnosa sakit kronis selain sakit jantung dan tekanan darah tinggi?  
Ya, \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    5. Apakah Anda sedang mengonsumsi obat untuk penyakit kronis tertentu?  
Ya, \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    6. Apakah Anda ada masalah tulang, sendi, atau jaringan lunak yang berpotensi memburuk dengan olahraga?  
Ya, \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    7. Apakah dokter Anda pernah menyarankan hanya berolahraga dengan pengawasan medis?  
Ya, \_\_\_\_\_

Daftar kuesioner berikut ini dirancang untuk memberikan gambaran gaya hidup, riwayat medis dan pola makan klien Anda selama ini agar program latihan dan anjuran yang diberikan dapat disesuaikan dengan kebutuhan.

3. KUESIONER GAYA HIDUP	
No	Pertanyaan
1	Apa pekerjaan utama Anda saat ini dan sudah berapa lama bekerja di bidang tersebut?
2	Apakah pekerjaan Anda melibatkan aktivitas fisik yang tinggi? (Banyak bergerak)
3	Apakah pekerjaan Anda mengharuskan untuk duduk dalam jangka waktu lama?
4	Apakah pekerjaan saat ini menyebabkan Anda seringkali merasa tertekan?
5	Seberapa tinggi tingkat stress harian Anda? (Rendah – sedang - tinggi)
6	Apa saja langkah yang Anda lakukan dalam menangani stress yang terlalu tinggi?
7	Berapa jam durasi rata-rata tidur Anda? Jam berapakah Anda biasanya tidur malam?
8	Apakah Anda memiliki agenda rutin untuk melakukan rekreasi (holiday)?
9	Apakah Anda memiliki hobi yang sedang dijalani?
10	Apakah Anda merokok? Jika ya, berapa batang rokok yang Anda habiskan setiap harinya?

#### 4. KUESIONER RIWAYAT KESEHATAN

No	Pertanyaan
1	Apakah Anda pernah mengalami cedera atau merasakan sakit di bagian tubuh tertentu (pergelangan kaki, lutut, pinggang, bahu, punggung, dll)?
2	Apakah Anda pernah menjalani prosedur pembedahan? Kapan dan di bagian mana saja?
3	Apakah Anda sedang mengonsumsi obat-obatan?
4	Apakah Anda sedang mengonsumsi suplemen tertentu?
5	Apakah seorang dokter pernah mendiagnosa Anda sebagai penderita penyakit kronis (penyakit jantung, tekanan darah tinggi, diabetes, dll)?

#### 5. KUESIONER POLA MAKAN

No	Pertanyaan
1	Berapa kali makan (termasuk camilan) Anda dalam satu hari?
2	Apakah Anda sarapan setiap hari?
3	Kapankah Anda makan dengan porsi terbesar dalam satu hari? Mengapa?
4	Apakah Anda menjalani pola makan yang tergolong sehat?
5	Berapa gelas atau liter air yang Anda minum dalam satu hari?
6	Apakah Anda mengonsumsi alkohol? Seberapa sering?
7	Apakah saat ini atau dulu Anda pernah mengikuti program diet?

## FORMULIR PENGUKURAN TINGKAT KEBUGARAN UNTUK LANSIA

NAMA :  
USIA :

GENDER :  
KONDISI KESEHATAN :

### SIT TO STAND / CHAIR SQUAT TEST

Hasil:

#### Laki-laki

Usia	Kurang	Baik	Sangat Baik
60-64	< 14	14-19	> 19
65-69	< 12	12-18	> 18
70-74	< 12	12-17	> 17
75-79	< 11	11-17	> 17
80-84	< 10	10-15	> 15
85-89	< 8	8-14	> 14
90-94	< 7	7-12	> 12

#### Perempuan

Usia	Kurang	Baik	Sangat Baik
60-64	< 12	12-17	> 17
65-69	< 11	11-16	> 16
70-74	< 10	10-15	> 15
75-79	< 10	10-15	> 15
80-84	< 9	9-14	> 14
85-89	< 8	8-13	> 13
90-94	< 4	4-11	> 11

### ARM CURL TEST

Hasil:

#### Laki-laki

Usia	Kurang	Baik	Sangat Baik
60-64	< 16	16-22	> 22
65-69	< 15	15-21	> 21
70-74	< 14	14-21	> 21
75-79	< 13	13-19	> 19
80-84	< 13	13-19	> 19
85-89	< 11	11-17	> 17
90-94	< 10	10-14	> 14

#### Perempuan

Usia	Kurang	Baik	Sangat Baik
60-64	< 13	13-19	> 19
65-69	< 12	12-18	> 18
70-74	< 12	12-17	> 17
75-79	< 11	11-17	> 17
80-84	< 10	10-16	> 16
85-89	< 10	10-15	> 15
90-94	< 8	8-13	> 13

### DOUBLE STRAIGHT LEG LOWERING TEST

Hasil:

Nilai	Keterangan
5 (Normal)	Mampu mencapai 0°-15° dari permukaan sebelum arching.
4 (Good)	Mampu mencapai 16°-45° dari permukaan sebelum arching.
3 (Fair)	Mampu mencapai 46°-75° dari permukaan sebelum arching.
2 (Poor)	Mampu mencapai 76°-90° dari permukaan sebelum arching.
1 (Trace)	Tidak mampu menjaga pinggul tetap dalam posisi netral.

### GLUTE BRIDGE TEST

Hasil:

Kurang	Baik
<20 detik	>20 detik

### 2 MINUTES STEP TEST

Hasil:

#### Laki-Laki

Usia	Kurang	Baik	Sangat Baik
60-64	< 87	87-115	> 115
65-69	< 86	86-116	> 116
70-74	< 80	80-110	> 110
75-79	< 73	73-109	> 109
80-84	< 71	71-103	> 103
85-89	< 59	59-91	> 91
90-94	< 52	52-86	> 86

#### Perempuan

Usia	Kurang	Baik	Sangat Baik
60-64	< 75	75-107	> 107
65-69	< 73	73-107	> 107
70-74	< 68	68-101	> 101
75-79	< 68	68-100	> 100
80-84	< 60	60-91	> 91
85-89	< 55	55-85	> 85
90-94	< 44	44-72	> 72

### FINGER TO NOSE TEST

Hasil:

1. Subjek mampu melakukan gerakan dengan mudah.
2. Subjek mampu melakukan gerakan dengan adanya gemetaran pada lengan.
3. Subjek tidak mampu melakukan.

### HEEL ON SHIN TEST

Hasil:

1. Subjek mampu melakukan gerakan dengan baik.
2. Subjek tidak mampu melakukan.

### ONE LEG STAND / TANDEM STANCE TEST

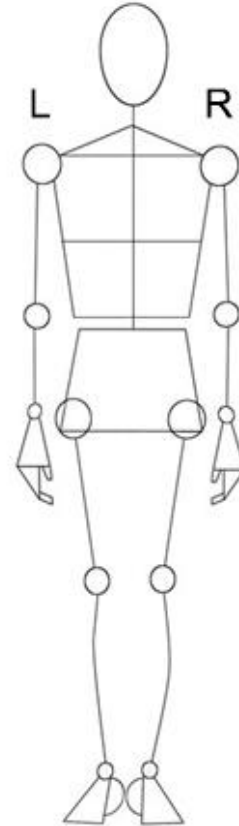
Hasil:

Kurang	Baik
<30 detik	>30 detik

## PENILAIAN MOBILITAS PERSENDIAN

Berikan tanda X di tabel penilaian pada area yang bermasalah.

AREA	PENILAIAN		
	ROM Terbatas	Terasa Sakit	Ada Cedera
Leher (C)			
Bahu			
Siku Tangan			
Pergelangan Tangan			
Punggung Tengah (T)			
Punggung Bawah (L)			
Pinggul			
Lutut Kaki			
Pergelangan Kaki			



(adanya tanda di kotak merah mohon dirujuk ke tenaga kesehatan yang kompeten)

AREA	NAMA GERAKAN
Leher (C)	Flexion   Extension   Lateral Flexion   Rotation
Bahu	Circumduction   Flexion   Extension   Abduction   Elevation   Depression
Siku Tangan	Flexion   Extension   Supination   Pronation
Pergelangan Tangan	Circumduction   Flexion   Extension   Ulnar-Radial Deviation
Punggung Tengah (T)	Flexion   Extension   Lateral Flexion   Rotation
Punggung Bawah (L)	Flexion   Extension   Lateral Flexion
Pinggul	Circumduction   Flexion   Hyperextension
Lutut Kaki	Flexion   Extension
Pergelangan Kaki	Dorsi Flexion   Plantar Flexion   Inversion   Eversion

## PENILAIAN KETERBATASAN FUNGSIONAL PADA LANSIA

Formulir ini berguna untuk mengetahui tingkat kemampuan lansia dalam melakukan gerakan fungsional sehari-hari guna membantu pelatih kebugaran dalam menyusun program latihan yang tepat.

KESULITAN AKTIVITAS	FOKUS PROGRAM LATIHAN
Memakai baju	Fleksibilitas anggota gerak atas
Memakai celana	Fleksibilitas anggota gerak atas dan bawah
Memakai sepatu	Fleksibilitas anggota gerak atas dan bawah
Kebersihan tubuh (keramas, menggosok gigi, dll)	Fleksibilitas anggota gerak atas
Kegiatan rumah tangga	Kardiorespiratori, Kekuatan anggota gerak atas/bawah
Membawa barang belanjaan	Kekuatan anggota gerak atas, keseimbangan
Membuka toples	Kekuatan anggota gerak atas
Membuka pintu (mendorong atau menarik)	Kekuatan anggota gerak atas
Mengambil benda di lantai	Fleksibilitas dan kekuatan anggota gerak bawah
Mengambil dan meletakkan benda di atas kepala	Fleksibilitas anggota gerak atas, keseimbangan
Mengangkat barang ringan	Kekuatan anggota gerak atas
Mengangkat barang berat (>9kg)	Kekuatan anggota gerak atas dan bawah
Jalan kaki selama 10 menit	Kardiorespiratori, Kekuatan anggota gerak bawah
Naik turun 1 anak tangga	Kekuatan anggota gerak bawah, keseimbangan
Berjalan pada tanjakan	Kekuatan anggota gerak bawah, kardiorespiratori
Berjalan pada permukaan tidak rata	Kekuatan anggota gerak bawah, keseimbangan
Bangun dari kursi	Kekuatan anggota gerak bawah
Bangun dari tempat tidur	Kekuatan anggota gerak atas dan bawah
Aktivitas rekreasi	Diskusikan dengan pasien lebih lanjut

**Catatan penting:** Hasil assessment tidak boleh digunakan untuk mendiagnosa masalah kesehatan termasuk juga gangguan muskuloskeletal, tetapi sebagai gambaran kemampuan fungsional dan ada atau tidaknya keterbatasan gerak.



## **Pernyataan Persetujuan untuk Program Kebugaran Fisik (Informed Consent for Physical Fitness Program)**

Nama Klien : \_\_\_\_\_

Tanggal Pengisian : \_\_\_\_\_

### **1. Tujuan dan Penjelasan Prosedur**

Saya dengan ini secara sadar dan sukarela menyetujui untuk terlibat dalam rencana latihan yang akan diterima. Saya juga memberikan persetujuan untuk diberikan program oleh pelatih yang direkomendasikan untuk saya dalam bentuk aktivitas fisik dan bimbingan untuk meningkatkan kesehatan maupun kebugaran. Tingkat latihan yang akan dilakukan akan didasarkan pada kondisi dan kemampuan saya.

Saya memahami bahwa saya diharapkan untuk menghadiri setiap sesi dan mengikuti instruksi sehubungan dengan aktivitas olahraga, dan program kesehatan maupun kebugaran lainnya.

Saya memahami bahwa saya mungkin diminta untuk menjalani pengujian (assessment) bertahap sebelum memulai program latihan untuk menilai tingkat kebugaran saya saat ini dan juga diberikan sesi evaluasi secara berkala setelah program dimulai.

Saya akan diberikan instruksi pribadi mengenai jumlah dan jenis olahraga yang harus saya lakukan. Pelatih yang profesional akan mengarahkan aktivitas, memantau kinerja, dan mengevaluasi upaya saya. Tergantung pada status kesehatan saya, saya mungkin diminta atau tidak diminta untuk mengevaluasi tekanan darah dan/atau detak jantung saya selama sesi berlatih untuk mengatur intensitas olahraga saya dalam batas yang diinginkan.

Jika saya meminum obat yang diresepkan, saya pastikan sudah memberitahu pelatih saya dan selanjutnya setuju untuk segera memberi tahu mereka tentang perubahan apa pun yang telah dilakukan oleh dokter saya atau saya sehubungan dengan penggunaan obat tersebut.

Saya telah diberitahu bahwa selama saya berpartisipasi dalam program pelatihan yang dijelaskan di atas, saya akan diminta untuk menyelesaikan latihan kecuali jika muncul gejala seperti kelelahan, sesak napas, rasa tidak nyaman di dada, atau kejadian serupa. Pada titik ini, saya telah diberi tahu bahwa saya berhak sepenuhnya untuk mengurangi atau menghentikan olahraga dan merupakan kewajiban saya untuk memberi tahu pelatih tentang gejala yang saya alami, jika gejala tersebut muncul.

Saya memahami bahwa selama melakukan latihan, pelatih akan memantau kinerja saya secara berkala dan, mungkin mengukur denyut nadi, tekanan darah, atau menilai perasaan saya dalam berusaha untuk tujuan memantau kemajuan saya. Saya juga memahami bahwa pelatih dapat mengurangi atau menghentikan program latihan saya jika salah satu temuan ini menunjukkan bahwa hal ini harus dilakukan demi keselamatan dan keuntungan saya.

Saya juga memahami bahwa selama menjalankan program latihan, sentuhan fisik dan posisi tubuh tertentu mungkin diperlukan untuk menilai reaksi otot dan tubuh saya terhadap latihan tertentu, serta untuk memastikan bahwa saya menggunakan teknik dan kesejajaran tubuh yang tepat. Saya mengizinkan adanya kontak fisik tersebut karena alasan yang disebutkan di atas tetapi juga berhak menolak apabila saya tidak menyetujuinya dengan alasan pribadi.

## **2. Risiko**

Saya telah diberitahu bahwa ada kemungkinan kecil selama latihan terjadi perubahan yang merugikan seperti, tekanan darah abnormal, pingsan, pusing, gangguan irama jantung, dan/atau kasus yang sangat jarang terjadi seperti serangan jantung, stroke, atau bahkan kematian. Saya lebih lanjut memahami dan telah diberitahu bahwa terdapat risiko cedera tubuh termasuk cedera pada jaringan ikat seperti otot, ligamen, maupun tendon.

Saya juga telah diberitahu setiap upaya akan dilakukan untuk meminimalkan kejadian ini dengan penilaian yang tepat terhadap kondisi saya sebelum setiap sesi pelatihan kebugaran. Saya sepenuhnya memahami adanya risiko yang terkait dengan olahraga, termasuk risiko cedera tubuh, serangan jantung, stroke, atau bahkan kematian. Namun mengetahui risiko ini, saya tetap berkeinginan untuk berpartisipasi.

### **3. Manfaat yang Diharapkan dan Alternatif yang Tersedia untuk Latihan**

Saya memahami bahwa program ini mungkin bermanfaat atau tidak bermanfaat bagi kebugaran fisik atau kesehatan saya secara umum. Saya menyadari bahwa keterlibatan dalam sesi latihan akan memungkinkan saya mempelajari cara yang tepat untuk melakukan latihan pengondisian, menggunakan alat bantu, dan mengatur upaya fisik saya saat berolahraga.

Saya memahami pengalaman ini akan bermanfaat bagi saya dengan lebih mengetahui kemampuan saya dalam melakukan berbagai aktivitas fisik. Saya juga memahami bahwa jika saya mengikuti instruksi program dengan cermat dan rutin melakukannya, kemungkinan besar kapasitas latihan dan/atau tingkat kebugaran saya akan meningkat seiring dengan berjalannya waktu.

### **4. Kerahasiaan dan Penggunaan Informasi**

Saya telah diberitahu bahwa informasi yang diperoleh dalam program latihan ini akan diperlakukan sebagai hak istimewa dan rahasia, oleh karena itu tidak akan dilepaskan atau diungkapkan kepada siapa pun tanpa sepengetahuan saya. Untuk penggunaan informasi apapun yang bersifat pribadi khususnya untuk kebutuhan komersial dari pihak tertentu wajib mendapatkan izin dari saya.

### **5. Pertanyaan dan Kebebasan untuk Menyetujui**

Saya telah diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan mengenai prosedurnya dan telah membaca formulir pernyataan persetujuan (informed consent) ini. Dengan ini menyatakan telah memahami sepenuhnya ketentuan-ketentuannya dan telah melepaskan hak-hak substansial dengan menandatangani secara sadar dan sukarela tanpa bujukan maupun tekanan.

Nama dan Tanda Tangan Klien

Nama dan Tanda Tangan Pelatih

---

---